



M 2013



Engagement e empatia como preditores do burnout

Bruna Daniela Santos Monteiro

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO APRESENTADA
À FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM: Outubro 2013
ÁREA CIENTÍFICA: Psicologia

Engagement e empatia como preditores do *burnout*

Bruna Daniela Santos Monteiro

Outubro 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

Bruna Daniela Santos Monteiro

Presidente: Doutor Pedro Nuno de Azevedo Lopes dos Santos

Arguente: Doutor António José Pereira da Silva Marques

Orientadora: Doutora Cristina Maria Leite Queirós

Classificação: 17 valores

AGRADECIMENTOS

Dirijo um sincero agradecimento a quem me acompanhou nesta importante etapa do meu percurso académico, reconhecendo a estes os seus contributos para esta dissertação e para o meu enriquecimento académico e pessoal.

À Professora Doutora Cristina Queirós pela disponibilidade, rigor e profissionalismo ímpares, pela escuta atenta das dúvidas e dificuldades, e pelas orientações proporcionadas e por incentivar o espírito crítico tão essencial na busca do conhecimento.

A todas as instituições, designadamente, ao Centro Social Couto Mineiro do Pejão, ao Centro Social de Real, à Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva, ao Centro Social de Santa Maria de Sardoura e à Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Pedorido, pela total disponibilidade e colaboração, tornando possível a recolha de dados.

A todos os participantes deste estudo, um obrigada imensurável, por terem aceite participar, fazendo-o com singular envolvimento.

Aos meus amigos e companheiros de curso, em especial à Ana, à Vanessa, à Rita, à Cláudia, à Maria, à Marisa e à Cristo, que me acompanharam ao longo destes 5 anos, tornando-os mais completos e especiais.

À Vanessa, porque sem ela esta etapa não teria o mesmo sentido. Obrigada pela partilha de dúvidas, frustrações e alegrias.

À Raquel e à Fatinha, pela sólida amizade, companheirismo e pela partilha de grandes emoções, sobretudo nesta etapa desafiante do meu percurso académico.

Ao Jorge, pelo companheirismo e cumplicidade ao longo destes 5 anos, sobretudo, nesta etapa. Por ser o meu grande apoio em todos os momentos e por fazer-me acreditar, sempre, que sou capaz.

A toda a minha família. Em especial aos meus pais e à minha irmã, porque me deram as asas que me permitiram voar e colher variadas e enormes aprendizagens, e porque detêm a base onde sempre me sinto apoiada, amada, valorizada e, sobretudo, feliz.

A todos, o meu sincero agradecimento, pois, sem vocês este trabalho não teria sido possível!

RESUMO

O envelhecimento da população exige uma melhoria dos cuidados prestados aos idosos, desempenhando os cuidadores formais um papel fundamental. Os riscos psicossociais associados a esta actividade têm sido estudados, nomeadamente o Burnout e a sua relação com a falta de Empatia e desmotivação para a tarefa, com prejuízos evidentes para o acto de cuidar. Este estudo pretendeu conhecer numa amostra de 78 cuidadores formais de idosos os níveis de Burnout, Empatia e Engagement e verificar se a Empatia e o Engagement constituem preditores do Burnout. Para tal, usou-se um questionário de autopreenchimento com versões portuguesas da *Jefferson Scale of Physician Empathy* (J.P.S.E.), da *Utrecht Work Engagement Scale* (U.W.E.S.) e do *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.). Encontraram-se baixos níveis de Burnout e elevados níveis de Engagement e Empatia. A pouca Empatia prediz 11% da exaustão e 18% da despersonalização, enquanto o alto Engagement prediz 18% da realização pessoal. Assim, a motivação para a tarefa parece prevenir o Burnout, mas é necessário investigar se a Empatia evita o Burnout ou se é este que faz diminuir a Empatia. Apelando à premissa de que os cuidadores de idosos encontram-se em risco de Burnout e constatando a escassez de estudos empíricos acerca do Burnout nesta população, bem como da sua predição, pelo Engagement e pela Empatia, considera-se que o presente estudo pode contribuir no sentido de conhecer e compreender estas realidades.

PALAVRAS-CHAVE: Burnout, Engagement, Empatia, cuidadores formais de idosos, preditores.

ABSTRACT

The actual ageing of the population requires an improvement of care for the elderly, where formal caregivers play a key role. Psychosocial risks related with this activity have been studied, namely Burnout and its relationship with the lack of empathy and motivation for the task, with evident prejudices for the act of caring. This study aims to know the levels of Burnout, Empathy and Engagement on a sample of 78 formal caregivers of elderly people, and to verify if Empathy and Engagement are predictors of Burnout. A questionnaire was applied with Portuguese versions of the *Jefferson Scale of Physician Empathy* (J.P.S.E.), *Utrecht Work Engagement Scale* (U.W.E.S.) and *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.). We found low levels of Burnout and high levels of Engagement and Empathy. Low values of Empathy predict 11% of emotional exhaustion and 18% of depersonalization, while high Engagement predicts 18% of personal accomplishment. Thus, the motivation for the task seems to prevent Burnout, but it is necessary to investigate whether empathy prevents Burnout or if it is Burnout that decreases empathy. Caregivers of elderly people are at risk of Burnout, few empirical studies about Burnout in this population are published, and Burnout is predicted by Engagement and Empathy. We considered that this study gave a contribution to know and understand these realities.

KEY-WORDS: Burnout, Engagement, Empathy, formal caregivers of seniors, predictors.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population oblige à une amélioration des soins aux personnes âgées, et les travailleurs que soignent jouent un rôle clé. Les risques psychosociaux associés à cette activité ont été étudiés, surtout le Burnout et sa relation avec le manque d'empathie et de motivation pour la tâche, avec des dommages évidents à l'acte de soigner. Cette étude veut connaître les niveaux de Burnout, Empathie et Engagement dans un groupe de 78 travailleurs soignants des personnes âgées, et vérifier si l'Empathie et l'Engagement constituent des facteurs prédictifs de l'épuisement professionnel. Pour ce but un questionnaire a été utilisé avec les versions portugaises de la *Jefferson Scale of Physician Empathy* (J.P.S.E.), *Utrecht Work Engagement Scale* (U.W.E.S.) et *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.). Nous avons trouvé des niveaux faibles de l'épuisement professionnel et des niveaux élevés de participation et d'empathie. Les bas niveaux d'empathie sont prédictifs de 11% de l'exhaustion émotionnelle et de 18% de dépersonnalisation, malgré que l'Engagement élevé prédise 18% de réalisation personnelle. Ainsi, la motivation pour la tâche semble prévenir le Burnout, mais il est nécessaire d'étudier si l'empathie empêche le Burnout ou si c'est celui-ci qui diminue l'empathie. C'est sur que les soigneurs de personnes âgées courent un risque d'épuisement professionnel, qu'il ya a peu d'études empiriques sur l'épuisement professionnel dans cette population et que le Burnout peu être prévue par l'Engagement et l'empathie. Cette étude peut donner une contribution pour connaître et comprendre ces réalités.

MOTS-CLÈ: Burnout, Engagement, Empathie, travailleurs soignants des personnes âgées, prédicteurs.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. MÉTODO	11
2.1 Participantes	11
2.2. Instrumentos	12
2.3 Procedimento	13
2.4 Análise estatística	14
3. RESULTADOS	14
4. DISCUSSÃO	18
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

1. INTRODUÇÃO¹

Com o aumento da sobrevivência e o envelhecimento populacional, tem sido dada maior importância ao papel e qualidade exercido por parte das instituições e profissionais, na prestação de cuidados a idosos (Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin & Güldal, 2012; Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira & Ferreira, 2009). Associando a esta realidade, o aumento do interesse pelos riscos psicossociais no trabalho (Cabral, 2011), começa a surgir uma crescente preocupação com as queixas psicológicas relatadas por profissionais que cuidam dos idosos (Cocco, 2010; Evers, Tomic & Brouwers, 2001). Entre as várias queixas psicológicas, como o cansaço, *stress*, ansiedade e depressão, (Colomé et al., 2011; Zamora & Sánchez, 2008), diversos estudos referenciam o Burnout, afirmando que os cuidadores formais de idosos encontram-se em risco de vivenciar esta síndrome (Cocco, 2010; Evers et al., 2001; Francos, 2005; Iordanou, Koutavas, Koulterakis, Babatsikou, Kroustalli & Tarpatzi, 2009; Özçakar et al., 2012; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2008).

Ora, os cuidadores formais de idosos constituem um grupo profissional de ajuda, onde a relação e as pessoas são a matéria-prima do trabalho, sendo aqueles que prestam cuidados no sentido de suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva da pessoa idosa (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008) e, assim, promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Deste modo, o cuidador está sujeito a um trabalho direto e contínuo com pessoas que estão numa situação de dependência e vulnerabilidade física, cognitiva e social ou de doença crónica ou terminal (Cocco, 2010; Cocco, Gatti, Mendonça Lima & Camus, 2003; Zamora & Sánchez, 2008), sendo função do cuidador, auxiliar os idosos nas suas necessidades mais básicas, designadamente, nos cuidados de higiene, alimentação, mobilidade, conforto e saúde (Zamora & Sánchez, 2008). O cuidado dispensado ao idoso transforma-se, na generalidade, numa tarefa árdua e complexa (Ribeiro et al., 2009) pois a exposição a estes fatores, de índole interpessoal, bem como a exposição às exigências (físicas e psicológicas) requeridas no ato de cuidar, conduzem o cuidador a um desgaste emocional que contribui para o aparecimento de Burnout.

Apesar de existirem inúmeros estudos sobre o Burnout do cuidador formal (nomeadamente enfermeiros e médicos), encontram-se poucos estudos sobre este tipo de profissionais. Como tal, iremos recorrer, para fundamentação teórica, a estudos com grupos profissionais semelhantes relativamente ao tipo de tarefa desempenhada, uma vez

¹ Esta dissertação é apresentada no formato de artigo científico.

que o Burnout afecta, predominantemente, profissões de ajuda (Maslach, 1976; Maslach & Jackson 1981, 1984; Schaufeli & Enzmann, 1998).

O Burnout é considerado um problema de saúde pública (Gil-Monte, 2009) devido às suas implicações na saúde física e mental do trabalhador bem como na organização em que o profissional está inserido, uma vez que pressupõe um processo no qual, as atitudes e comportamentos dos profissionais mudam de forma negativa em resposta à tensão gerada no trabalho (Cherniss, 1980; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Ainda que estudado, atualmente, em variados grupos profissionais, as primeiras abordagens e conceptualização sobre o Burnout, ocorridas na década de 70, incidiam sobre a população que, profissionalmente, se dedicava à prestação de cuidados nos serviços humanos e de saúde (Maslach et al., 2001). Segundo Maslach (1976), autora pioneira na definição do conceito, os profissionais de saúde e de serviços sociais estão mais suscetíveis ao Burnout por trabalharem intensivamente e estarem intimamente envolvidos com os problemas (físicos, psicológicos ou sociais) dos outros, tornando-se incapazes de lidar com o *stress* emocional contínuo a que este envolvimento implica. De acordo com esta abordagem interpessoal, o Burnout é definido enquanto síndrome psicológica em resposta a stressores emocionais e interpessoais crónicos decorrentes do contexto de trabalho (Maslach, 1976; Maslach & Jackson 1981, 1984; Maslach & Leiter, 1997). Em 1997, Maslach, juntamente com Leiter (Maslach & Leiter, 1997) perspectivam o Burnout de forma mais abrangente e não só restrita aos profissionais de ajuda, apontando a importância do ambiente organizacional em que o indivíduo desempenha as suas funções laborais, sendo esta a abordagem ao Burnout que, atualmente, reúne maior consenso e maior número de citações (Marques Pinto & Chambel, 2008).

Segundo Maslach e Leiter (1997) o Burnout é um processo patológico gradual no qual se verifica um desequilíbrio entre as exigências profissionais (percepcionadas como cada vez maiores, pelos profissionais) e os recursos profissionais e/ou pessoais que o profissional possui para fazer face às mesmas (Maslach & Leiter, 1997). É uma síndrome considerada tridimensional, composta por exaustão, despersonalização e baixa realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001). A exaustão é o primeiro estágio deste processo de erosão e traduz-se em sentimentos de sobrecarga, fadiga, esgotamento de energia e de recursos físicos e emocionais necessários para atender aos requisitos do trabalho. Este estado é considerado como sendo a primeira reacção às exigências do trabalho ou a grandes mudanças, porém, o núcleo desta síndrome reside na existência de défices relacionais entre o sujeito e o seu cliente e/ou o seu trabalho

e organização em que está inserido (Maslach & Leiter, 1997). Este défice corresponde à segunda dimensão do Burnout, denominada de despersonalização e caracterizada por respostas insensíveis e indiferentes, por parte dos trabalhadores, para com os que necessitam dos seus cuidados ou serviços. Ou seja, o profissional manifesta uma atitude negativa, fria, distante e desumanizada em relação ao trabalho e/ou às pessoas com quem trabalha, resultante do estado limite de esgotamento atingido e do desânimo e apatia sentidos. O profissional minimiza o seu envolvimento com o outro (afastamento psicológico) como mecanismo de protecção, evitando tudo o que possa conduzir à exaustão emocional. Cherniss (1980) designa este distanciamento emocional de *coping* defensivo. A componente de ineficácia ou baixa realização pessoal representa a dimensão da auto-avaliação, na medida em que o sujeito tende a avaliar de forma negativa o seu desempenho profissional, predominando sentimentos de incompetência e ineficácia profissional, falta de realização e produtividade no trabalho (Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001). Persiste, assim, um sentimento crónico de frustração, sensação de fracasso, baixa auto-estima, desmotivação, perda de ideais, de expectativas e perda de sentido no trabalho (Maslach & Leiter, 1997; Maslach et al., 2001; Sousa, Mendonça & Zanini, 2009). Ou seja, o Burnout é um processo sequencial iniciado com a exaustão emocional (devido às exigências emocionais que se instalam ao lidar com os clientes), e posteriormente conforme o profissional vai adoptando estratégias de *coping* disfuncionais e desadequadas para lidar com esta exaustão, a sua relação com os clientes vai deteriorando-se (despersonalização), fazendo com que estes profissionais se tornem incapazes de desempenhar os seus papéis de forma adequada, e experienciem cada vez mais fracassos na execução das tarefas profissionais, o que diminui, em grande medida, o seu sentido de realização pessoal (Maslach & Leiter, 1997).

A literatura tem apontado várias causas para a emergência da síndrome de Burnout, existindo dois grandes grupos de factores causais, designadamente factores pessoais (i.e.: atitudes em relação ao trabalho, características sociodemográficas e traços de personalidade) e factores organizacionais (Maslach et al., 2001). No que se refere aos cuidadores, também estão predispostos para factores pessoais e organizacionais. Relativamente às características sociodemográficas, designadamente, à idade, são evidenciadas diferenças consistentes na incidência do Burnout, sendo esta a variável que tem demonstrado uma relação significativamente mais forte com este fenómeno, sobretudo com a exaustão emocional (Maslach et al., 2001). Assim, são mais vulneráveis os profissionais mais jovens, dado serem menos experientes e sentirem-se mais inseguros para

lidar com as exigências do trabalho (Ebling & Carlloto, 2012; Patrick & Levery, 2007; Xie & Chen, 2011). Relativamente ao género, vários estudos empíricos indicam que as mulheres são mais suscetíveis ao Burnout do que os homens (Dickinson-Bannack, González-Salinas, Fernández-Ortega, Palomeque, González-Quintanilla & Hernández-Vargas, 2007; Vicente & Oliveira, 2011) o que pode dever-se, em certa medida, aos estereótipos de género (os homens seriam mais instrumentais e as mulheres mais emocionais) ou às funções que desempenham na família e socialmente (Maslach et al., 2001). No que respeita ao estado civil, são os profissionais casados que apresentam menor Burnout comparados com outros estados civis, assim como os profissionais que têm filhos, o que significa que a existência de uma rede de suporte social positiva ajuda o profissional a lidar melhor com as situações stressantes do trabalho (Dickinson-Bannack et al., 2007; Ifeagwazi, 2006; Kızılcı, Erdoğan & Sözen, 2012; Maslach et al., 2001; Ritter, Stumm & Kircher, 2009). Quanto às habilitações literárias, são os profissionais com maiores níveis de escolaridade que apresentam maiores níveis de Burnout, pelo facto da educação mais elevada estar habitualmente associada a maiores responsabilidades, mais *stress* e a expectativas mais elevadas, ressentindo-se mais da não realização das mesmas (Maslach et al., 2001; Vicente & Oliveira, 2011).

Já no que se refere aos factores organizacionais, são apontadas como principais causas, para esta amostra: a sobrecarga de trabalho (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011; Colomé et al., 2011; Francos, 2005; Ritter et al., 2009; Spooner-Lane & Patton, 2007; Zamora & Sánchez, 2008); o excessivo número de clientes por profissional e a acumulação de várias tarefas e funções (Francos, 2005); a ambiguidade de papéis e tarefas (Lee, Song, Cho, Lee & Daly, 2003; Spooner-Lane & Patton, 2007); a pressão do tempo (Rafnsdottir, Gunnarsdottir & Tomasson, 2004); o trabalho rotineiro (Grazziano & Ferraz Bianchi, 2010; Lousada, 2001); a elevada carga horária de trabalho (Patrick & Levery, 2007; Xie & Chen, 2011); a implicação emocional e pessoal do profissional, dada a relação de dependência por parte do idoso em relação ao cuidador, e a sua responsabilização pela segurança e integridade deste (Francos, 2005); o contacto frequente e prolongado por parte do profissional com doenças crónicas e terminais, confrontação com a morte e conflitos ao longo da interacção com o idoso (Greenglass, Burke & Fiksenbaum, 2001; Spooner-Lane & Patton, 2007); os problemas de conduta dos pacientes (Francos, 2005; Truzzi et al., 2007); a falta de recursos de trabalho (Francos, 2005) e a falta de suporte organizacional (colegas e supervisores) (Spooner-Lane & Patton, 2007).

O Burnout acarreta várias consequências que se manifestam a nível individual, dadas as implicações na saúde física e mental do profissional, a nível interpessoal e a nível organizacional (Gil-Monte & Peiró, 1997). Os profissionais que vivenciam Burnout podem apresentar cansaço físico e mental, ansiedade, sentimentos de fracasso e baixa auto-estima, aborrecimento e irritabilidade, apatia, hostilidade, depressão, isolamento e queixas psicossomáticas (e.g.: problemas cardiovasculares, insónia, enxaquecas, úlceras, entre outros) (Freudenberger, 1974; Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach, Jackson & Leiter, 1996). A nível interpessoal, no local de trabalho, verifica-se frieza emocional, perda de Empatia emocional com os clientes, negativismo e pessimismo e indiferença em relação aos clientes que são vistos como os responsáveis pelo seu estado (Schaufeli & Enzemann, 1998). A organização fica também afetada na medida em que há uma deterioração do desempenho laboral por parte do profissional, baixa satisfação laboral e diminuição do interesse pela profissão, aumento do absentismo laboral ou até o abandono do posto de trabalho, da organização e da profissão (Gil-Monte, 2003; Pines & Aronson, 1989; Schaufeli & Enzemann, 1998). Trata-se, portanto, de um fenómeno com graves e várias repercussões, sobretudo no que respeita à saúde e qualidade de vida do sujeito e dos contextos em que o mesmo se insere (e.g.: família, grupo de amigos, entre outros).

Na última década assiste-se a estudos que mostram que o Burnout e o Engagement são dois conceitos interrelacionados e, portanto, bastante estudados, quanto ao tipo de relação que mantêm. A estrita relação entre os dois constata-se com o início do estudo do Engagement, o qual acontece com o alargamento do conceito de Burnout para o seu oposto, isto é no sentido de focar os aspetos positivos envolvidos no desempenho profissional (Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002). Na conceptualização desta relação é possível reconhecer duas linhas de abordagem. A primeira remete para os trabalhos de Maslach e Leiter (1997) que defendem que o Burnout e o Engagement constituem pólos extremos de um contínuo de bem-estar, presente no contexto profissional, sendo que um constitui o pólo negativo (Burnout) e o outro o pólo positivo (Engagement). Assim, estes autores concebem estes dois estados psicológicos como opostos, onde as dimensões constituintes do Engagement (energia, envolvimento e eficácia) seriam os opostos diretos das três dimensões do Burnout (exaustão, despersonalização e baixa realização pessoal). Deste modo, o Engagement era avaliado, por estes autores, através do *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.), sendo que níveis elevados de exaustão e de despersonalização e níveis baixos de realização pessoal eram interpretados como indicadores de Engagement (Schaufeli & Bakker, 2003). Contudo, várias críticas foram

tecidas relativamente a esta visão, nomeadamente, por parte de Schaufeli e colaboradores que contestavam o uso de um mesmo instrumento para medir a relação entre os dois constructos, bem como a existência de uma correlação negativa perfeita entre os dois conceitos (Schaufeli & Bakker, 2003). Assim, surgiu uma segunda linha de abordagem sobre a natureza desta relação, que concebe o Burnout e o Engagement como estados psicológicos independentes e que devem ser medidos separadamente, visto que são dois estados que correspondem a dois tipos de experiência distintos: uma atitude negativa e uma atitude positiva relativamente ao trabalho, respectivamente (Schaufeli & Bakker, 2003). Segundo estes autores, não existe uma correlação negativa perfeita entre os dois constructos mas sim uma correlação moderadamente negativa, o que significa que quando um trabalhador tem valores baixos de Engagement isso não quer dizer que ele esteja, automaticamente, a vivenciar Burnout e vice-versa (Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli & Salanova, 2011).

Deste modo, o Engagement é mais do que a ausência de Burnout e embora se deva a Kahn (1990) e a Maslach e Leiter (1997) a origem do conceito de Engagement, a definição e concetualização de Engagement mais referenciada atualmente é a de Schaufeli e colaboradores (2002, p.74) que definem Engagement como *“um estado positivo da mente, realizador e relacionado com o trabalho, que é caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção. Mais do que um estado momentâneo e específico, o engagement refere-se a um estado mais persistente e afetivo-cognitivo que não é focado num objecto, evento, indivíduo ou comportamento específico”*. O Engagement caracteriza-se, assim, por três estados psicológicos: vigor, dedicação e absorção. O vigor consiste na expressão de níveis elevados de energia por parte do profissional, persistência, resistência mental e investimento durante o trabalho. A dedicação significa a manifestação de um profundo envolvimento e alto compromisso no contexto laboral bem como a experienciação de afetos positivos, nomeadamente, entusiasmo, inspiração, orgulho e identificação com o trabalho. Por último, o estado de absorção traduz-se em elevados níveis de concentração, isto é, o indivíduo está, prazerosamente, imerso na realização do seu trabalho, tendo, até, dificuldades em interromper a actividade laboral porque gostam do seu trabalho (Schaufeli & Bakker, 2003, 2004; Schaufeli et al., 2002). Enquanto o vigor e a dedicação são consideradas dimensões nucleares do Engagement, a dimensão absorção é uma dimensão paralela e independente destas, já que é mais uma consequência do Engagement do que, propriamente, uma dimensão do mesmo (González-Romá, Schaufeli, Bakker & Lloret, 2006; Schaufeli & Bakker, 2004).

Ainda no que respeita à relação Burnout-Engagement, defende-se que as dimensões vigor e dedicação do Engagement são dimensões opostas à exaustão e à despersonalização do Burnout, pelo que a exaustão e o vigor formam dois pólos de um contínuo designado de “ativação/ energia” e a dedicação e despersonalização correspondem a dois pólos extremos de um contínuo designado de “identificação” (González-Romá et al., 2006; Schaufeli & Bakker, 2003, 2004). Desta forma, o Engagement no trabalho é caracterizado por altos níveis de energia e forte identificação com o trabalho, enquanto o Burnout é caracterizado como seu oposto: baixos níveis de energia combinados com baixa identificação com o trabalho (Schaufeli & Bakker, 2003). Relativamente às restantes dimensões do Burnout e do Engagement (baixa realização pessoal e absorção, respectivamente), constata-se que possuem um diferente papel relativamente às outras dimensões, visto que para além de serem dimensões independentes e paralelas ao respectivo constructo, não existe uma associação oposta entre elas (Schaufeli & Bakker, 2003).

O Engagement é portanto, um estado de saúde mental positivo e de bem-estar, pelo que os profissionais *engaged*² possuem um elevado sentido de energia e eficácia, apresentam elevada capacidade para responder adequadamente às exigências do seu trabalho e adaptam-se, rapidamente, a novas situações (Lisbona, Francisco & Francisco, 2009). São profissionais cujo envolvimento no trabalho tem um nível de qualidade elevado dado o seu comportamento proactivo e motivado (Salanova & Schaufeli, 2008). A par disto, são profissionais que utilizam estratégias de *coping* eficazes para lidar com as adversidades laborais e que trabalham bastante pois consideram que o seu trabalho é desafiante, gratificante e valioso (Bakker, Albrecht & Leiter, 2011; Schaufeli & Salanova, 2007).

A investigação tem mostrado que existem muitas exigências no trabalho com influência no desenvolvimento do Burnout, assim como existem múltiplos recursos que actuam como atenuantes no desenvolvimento do Burnout e, simultâneamente, como promotores do Engagement (Kahn & Byosiére, 1992). Trata-se não só de recursos organizacionais (recursos de trabalho) como também de recursos pessoais que, conjuntamente, são designados de antecedentes ou preditores do Engagement (Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008; Bakker et al., 2011). Os recursos de trabalho permitem atingir as metas de trabalho propostas, reduzir as exigências e os custos físicos e psicológicos associados a esse mesmo trabalho e estimular o desenvolvimento, o

² Usamos o termo “*engaged*” como no conceito original, podendo ser entendido como “motivado”.

crescimento e a aprendizagem individual (Bakker & Demerouti, 2007; Schaufeli & Bakker, 2004). Entre os recursos de trabalho mais refenciados na literatura constam: o suporte social (por parte dos colegas e dos supervisores), feedback acerca do desempenho do profissional, variedade de competências, autonomia e sentido de controlo no trabalho, existência de oportunidades de aprendizagem e recompensa e reconhecimento pelo trabalho realizado (Bakker & Demerouti, 2008; Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006; Maslach & Leiter, 1997; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli & Salanova, 2007). Os recursos pessoais, também designados de capital psicológico, remetem para um conjunto de características pessoais que distinguem, claramente, um profissional *engaged* de um profissional *não engaged*, designadamente a elevada auto-eficácia e auto-estima, optimismo, esperança, resiliência e *coping* ativo (Bakker, Gierveld & Van Rijswijk, 2006; Luthans, Youssef & Avolio, 2007). Deste modo, os níveis de Engagement apresentam-se mais elevados quando as exigências de trabalho são mais elevadas, bem como os recursos disponíveis para enfrentar essas mesmas exigências (Marques Pinto & Chambel, 2008), uma vez que as tarefas de trabalho mais exigentes tornam-se mais desafiantes e o trabalhador sabe que possui as “ferramentas” necessárias para as resolver com sucesso. Assim, o Engagement conduz a certos benefícios, sobretudo a nível individual, designadamente, a vivência de emoções e atitudes positivas no trabalho, aumento da motivação intrínseca, bem como um aumento da qualidade de vida do profissional, dado que estes profissionais tendem a apresentar uma boa saúde mental e psicossomática (Schaufeli & Salanova, 2007).

Do ponto de vista dos recursos pessoais, contrariamente ao Burnout e coerentemente com o Engagement verificou-se, em estudos efectuados com enfermeiros e médicos, que a Empatia correlaciona-se, positivamente com comportamentos pró-sociais (Omdahl & O'Donnell, 1999), com a satisfação no trabalho, envolvimento, auto-realização e significado profissional (Halpern, 2003; Larson & Yao, 2005; Koehl-Hackert et al., 2012; Wilczek-Rużyczka, 2011), ou seja, o profissional empático tende a apresentar uma atitude positiva para com o trabalho, tal como os profissionais *engaged*. Assim, vários estudos foram realizados no sentido de compreender a relação entre estes dois construtos, concluindo-se a existência de uma relação negativa entre Burnout e Empatia, isto é, quanto mais elevados os níveis de Burnout, mais baixos são os níveis de Empatia apresentados pelo profissional (Aström, Nilsson, Norberg & Winblad, 1990; Aström, Nilsson, Norberg, Sandman & Winblad, 1991; Baxter, 1992; Brazeau, Schroeder, Rovi & Boyd, 2010; Koehl-Hackert, et al., 2012; Passalacqua & Segrin, 2012; Thomas et al., 2007; Wilczek-

Rużyczka, 2011). Porém, se o efeito do Burnout sobre a Empatia é claro e evidente, ou seja, a vivência de Burnout impede que o profissional seja empático, o efeito inverso da Empatia sobre o Burnout não é tão evidente e consensual (Zenasni, Boujut, Woerner & Sultan, 2012), existindo autores que afirmam que a Empatia evita o risco de Burnout (Kataoka, Koide, Hojat & Gonnella, 2012; Wilczek-Rużyczka, 2011; Zenasni et al., 2012) enquanto outros autores defendem que a Empatia promove o Burnout (Baxter, 1992; Larson & Yao, 2005; Lee et al., 2003). Estas afirmações opostas refletem a existência de duas conceitualizações distintas sobre a Empatia, designadamente a definição de Empatia enquanto atributo cognitivo e/ou emocional (Fernández-Pinto, López-Pérez & Márquez, 2008; Ogle, Bushnell & Caputi, 2013).

Do ponto de vista etimológico, a Empatia tem a sua origem no termo grego *empathia*, que significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas e vivenciadas por outra pessoa (Goleman, 2003). Deste modo, a Empatia é definida como a capacidade de se colocar no lugar do outro no sentido de compreender a sua situação, os seus significados e os seus sentimentos bem como comunicar ao outro que está a ser compreendido (Batson, Batson, Todd, Brummett, Shaw & Aldeguer, 1995; Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella & Magee, 2005; La Monica, 1981; Rogers, 1975), ou seja, representa não só a capacidade do profissional tomar a perspectiva do outro, mas também de mostrar que realmente se preocupa com o mesmo. Assim, a Empatia é concebida enquanto qualidade pessoal e competência interpessoal desejável (Hojat et al., 2002; Morse, Anderson, Botter, Yonge, O'Brien & Solberg, 1992; Reynolds & Scott, 1999; Takaki & Sant'Ana, 2004), bem como condição fundamental em profissões que pressupõem uma relação de ajuda e prestação de cuidados, visto que, ao compreender melhor o outro, o profissional tende a responder mais adequadamente às necessidades desse outro, tornando a relação de ajuda mais eficaz e de maior qualidade (Lee et al., 2003; Munro, Bore & Powis, 2005; Reynolds & Scott, 1999; Takaki & Sant'Ana, 2004). Como qualquer outra característica, a Empatia varia de pessoa para pessoa, dependendo o seu desenvolvimento e manifestação, de condições desenvolvimentais, experienciais, sociais, educacionais entre outros factores endógenos e exógenos (Hojat et al., 2002).

Na sua conceitualização enquanto atributo cognitivo e/ou emocional, a Empatia cognitiva consiste na capacidade do profissional em identificar e compreender, de forma intelectual e objetiva, os sentimentos e a perspectiva do outro, enquanto a Empatia emocional consiste na tendência, por parte do profissional, em reagir emocionalmente à

situação e emoções dos outros, estando implicada uma maior subjectividade no acto de compreender, pois o profissional tende a influenciar-se pelo o que o outro sente, sentindo o mesmo (Morse et al., 1992; Ogle et al., 2013; Zenasni et al., 2012).

De acordo com a concetualização da Empatia enquanto atributo não só cognitivo como também emocional (Larson & Yao, 2005; Lee & Brennan, 1999; Morse et al., 1992; Zenasni et al., 2012), defende-se que a Empatia também deve ser vista como uma habilidade para responder afectivamente aos estados emocionais percebidos em outros (Munro et al., 2005) pelo que, sem esta componente emocional, não haveria uma verdadeira compreensão do outro, nem comportamentos de ajuda verdadeiramente eficazes (Lee & Brennan, 1999). A par disto, estes mesmos autores reconhecem a necessidade de um equilíbrio entre a componente cognitiva e a componente emocional da Empatia, de forma a evitar a considerada consequência inapropriada da Empatia emocional, isto é, o sobreenvolvimento com a situação e os sentimentos do outro (preocupação) e o despoletar de reacções emocionais intensas que podem gerar sobrecarga e exaustão emocional para o profissional, sobretudo quando são situações e sentimentos intensos e stressantes (Lee & Brennan, 1999; Munro et al., 2005; Shapiro, 2002; Zenasni et al., 2012).

Outros autores, nomeadamente Hojat e colaboradores (2001, 2002, 2005) consideram a Empatia um atributo predominantemente cognitivo, considerando a dimensão emocional, uma dimensão característica da Simpatia e não da Empatia (Hojat et al., 2005; Nightingale, Yarnold & Greenberg, 1991). Embora seja reconhecida a impossibilidade de separar afeto e cognição, a Empatia é vista, em termos profissionais, como essencialmente cognitiva (Halpern, 2007; Hojat et al., 2005), estando envolvida a partilha de compreensão e não a partilha de sentimentos (Nightingale et al., 1991). Este tipo de Empatia é também designada de Empatia Clínica³ (Burks & Kobus, 2012; Larson & Yao, 2005; Zenasni et al., 2012) e pressupõe a necessidade de um certo distanciamento, sobretudo afetivo, entre o profissional e o cliente (Halpern, 2007; Hojat et al., 2001; Mandel & Schweinle, 2012), mas sem que sejam ignoradas as emoções e sentimentos vivenciados pelos pacientes (Halpern, 2007; Zenasni et al., 2012). Este distanciamento é considerado necessário não só para manter a objetividade e profissionalismo na interação do profissional com o outro (Lee & Brennan, 1999; Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien & Solberg, 2006), mas também para evitar as já referidas consequências inapropriadas da Empatia emocional,

³ Compreensão afectiva e cognitiva das reacções emocionais, pensamentos ou sentimentos do paciente, seguido de demonstração dessa compreensão ao paciente (Larson & Yao, 2005).

designadamente, a vivência de exaustão emocional e consequentemente, de Burnout (Halpern, 2007; Zenasni et al., 2012).

Apesar destas duas conceitualizações distintas, os estudos existentes sobre a relação entre Burnout e Empatia, remetem para a relação entre estes dois tipos de Empatia (cognitiva e emocional) e respetivas dimensões do Burnout, tentando-se explicar os já referidos efeitos opostos da Empatia sobre o Burnout (Lee & Brennan, 1999; Zenasni et al., 2012). Assim, alguns estudos concluem que a Empatia Cognitiva está correlacionada positivamente com a realização pessoal e negativamente com a exaustão emocional e a despersonalização (Lee et al., 2003; Omdahl & O'Donnell 1999), evitando, por isso, a vivência de Burnout, enquanto que a Empatia emocional correlaciona-se positivamente com a exaustão emocional e a despersonalização (Omdahl & O'Donnell 1999; Williams, 1989), promovendo, por isso, a vivência de Burnout.

Este estudo tem como objetivos conhecer os níveis de Burnout, Engagement e Empatia nos cuidadores formais de idosos, a variação destes construtos em função de variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como verificar se o Engagement e a Empatia são preditores do Burnout nesta amostra.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A amostra deste estudo é uma amostra por conveniência composta por 78 cuidadores formais de idosos, pertencentes às cinco instituições de prestação de cuidados a idosos, designadamente Lares e Centros de dia existentes no concelho de Castelo de Paiva, distrito de Aveiro. Para selecção desta amostra o único critério de inclusão foi que os cuidadores prestassem cuidados de forma directa, isto é, que tivessem um contacto de maior proximidade com os idosos no ato de cuidar. A amostra tem uma média de idades de 42,3 anos ($DP=9,57$) e todos os seus elementos são do sexo feminino (100%). Predominantemente, estes cuidadores são casados (83,3%), têm filhos (84,6%) e possuem baixos níveis de escolaridade (59% possui o 9º ano). Relativamente ao local de prestação de cuidados, 50% da amostra presta cuidados no contexto de Serviço de Apoio Domiciliário, 38,5% em Lar e 11,5% em Centro de dia. A experiência de trabalho nesta profissão variou entre 1 a 31 anos ($M=8,23$ e $DP=6,78$), apresentando uma carga horária semanal, maioritariamente, de mais de 35 horas semanais (83,3%).

2.2. Instrumentos

Para atingir os objectivos propostos foi preparado um questionário composto por quatro grandes grupos: questões sociodemográficas, avaliação da Empatia, avaliação do Engagement e avaliação do Burnout.

O Grupo I é formado por questões sociodemográficas, nomeadamente a idade, estado civil, habilitações literárias, existência de filhos, tipo de instituição, experiência profissional, tipo de horário laboral e carga horária semanal. A selecção destas questões e a sua introdução no questionário deve-se ao facto de permitirem a recolha de dados considerados pertinentes para o estudo e para a testagem das hipóteses formuladas, bem como pelo facto de serem variáveis analisadas na maioria dos estudos publicados.

O Grupo II é constituído pela *Jefferson Scale of Physician Empathy* (J.P.S.E., de Hojat et al., 2001) traduzida e adaptada por Rodrigues (2008), a partir de Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez-Lara e Hojat (2005). Este instrumento foi concebido para medir a Empatia dos estudantes de medicina em situações de cuidado dos doentes, sendo constituída por 20 itens de resposta tipo *Likert*, de 7 pontos, que vão desde o 1 (totalmente em desacordo) ao 7 (totalmente de acordo). Embora tenha sido originalmente criado para uma amostra diferente da amostra deste estudo, a escolha deste instrumento deveu-se, precisamente, ao facto de não existir, ainda, um instrumento construído para amostras referentes a cuidadores formais de idosos, tendo este questionário demonstrado possuir boas qualidades psicométricas e ter sido já utilizado noutros estudos, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, designadamente, no estudo da relação entre Burnout e *stress* (Rodrigues, 2008).

O Grupo III reporta-se à *Utrecht Work Engagement Scale* (U.W.E.S., de Schaufeli & Bakker, 2003) na sua versão traduzida e adaptada por Marques Pinto Pinto (versão cedida ao LabRP da FPCEUP/ESTSPIPP pela autora em 2009 e citada in Marques Pinto & Picado, 2011), e que tem por objectivo investigar o estado psicológico positivo dos sujeitos em situação de trabalho. A escala é constituída por 17 itens de resposta tipo *Likert*, de 7 pontos, que vão desde 0 (“nenhuma vez”) a 6 (“todos os dias”), organizados em três subescalas, de acordo com as respectivas dimensões do constructo: vigor, dedicação e absorção. A presença de Engagement envolve pontuações elevadas nas três subescalas. Apesar de existir um número considerável de instrumentos para medir o Engagement (baseados nos vários modelos explicativos deste fenómeno), as boas qualidades psicométricas reveladas por esta escala fez com que se optasse por este inventário.

O Grupo IV é constituído pelo *Maslach Burnout Inventory* (M.B.I.-H.S.S.) (Maslach et al., 1996), traduzido e adaptado por Marques Pinto (versão cedida ao LabRP da FPCEUP/ESTSPIPP pela autora em 2009 e citada in Marques Pinto & Picado, 2011). Apesar de existir um número considerável de instrumentos para medir o Burnout (baseados nos vários modelos explicativos deste fenómeno), optámos por utilizar um inventário condizente com a conceptualização de Burnout de Maslach e colaboradores. É de salientar que esta opção também se deveu ao facto de este ser o instrumento mundialmente mais utilizado na avaliação deste constructo (Maslach, 2011). O M.B.I. foi concebido para avaliar de forma contínua (e não em termos de presença ou ausência da síndrome) o grau de Burnout experienciado pelos indivíduos, sendo constituído por 22 itens numa escala de *Likert* de 7 pontos, que vão de 0 (nunca) ao 6 (todos os dias). Estes itens estão organizados em três subescalas: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, sendo que a obtenção de pontuações elevadas nas subescalas de exaustão emocional e despersonalização e de pontuações baixas na subescala de realização pessoal é indicadora de um elevado nível de Burnout.

2.3. Procedimento

Para proceder à recolha de dados, optou-se por contactar instituições de prestação de cuidados a idosos, dado o acesso mais facilitado aos cuidadores formais. Assim, a recolha de dados foi efectuada nos Lares e Centros de dia existentes no concelho de Castelo de Paiva, distrito de Aveiro, por ser uma localidade onde possuímos contactos privilegiados e por conhecermos as características do concelho, o que facilita a recolha de dados. Foi enviado um pedido formal (por carta e por e-mail) às cinco instituições contactadas, solicitando autorização para recolha de questionários junto dos cuidadores da instituição, bem como a descrição dos objetivos do estudo e o questionário a aplicar. Após o parecer positivo das cinco instituições, procedeu-se à distribuição dos questionários, entregues ao director técnico de cada instituição que se responsabilizou pela distribuição e recolha dos questionários aos cuidadores interessados no seu preenchimento. Antes desta distribuição, foi feita uma pequena apresentação dos objectivos do estudo e do próprio questionário aos cuidadores de cada instituição, salientando-se o carácter voluntário do seu preenchimento. Os questionários foram entregues e recolhidos entre Julho e Setembro de 2012, sendo dado a ler o consentimento livre e informado. Atendendo aos receios de perda de anonimato, optou-se por não utilizar a declaração de participação voluntárias assinada e apenas obter a devolução dos questionários preenchidos.

2.4. Análise estatística

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19 com recurso à Correlação linear momento-produto de Pearson (r), aos testes não paramétricos *Mann-Whitney U Test* e *Kruskal-Wallis Test*, para amostras independentes, à Regressão múltipla (método *enter*) e à Regressão linear simples (método *stepwise*).

3. RESULTADOS

A análise descritiva e a análise correlacional (Tabela 1) permitiram verificar que os instrumentos usados neste estudo apresentam níveis de consistência interna considerados aceitáveis (Bryman & Cramer 2003; Maroco 2010), e embora alguns sejam baixos, são compatíveis com valores de outros estudos internacionais e passíveis de explicação pelas características da amostra. No que se refere ao Burnout encontramos baixos valores de exaustão emocional, baixos valores de despersonalização e elevados valores de realização pessoal, o que sugere baixos níveis de Burnout. Para o Engagement foram encontrados valores elevados nas três dimensões que o compõem (vigor, dedicação e absorção), indicando elevado nível de Engagement. Valores elevados foram também encontrados no que respeita à escala da Empatia. Assim, os resultados mostram que os cuidadores formais de idosos que participaram neste estudo apresentam baixos níveis de Burnout e elevados níveis de Engagement e de Empatia. Encontramos ainda algumas correlações estatisticamente significativas, nomeadamente entre as dimensões do Burnout e as dimensões do Engagement, com correlações negativas da exaustão emocional com a dedicação e absorção, bem como correlações estatisticamente e positivamente significativas entre realização pessoal e vigor e entre realização pessoal e dedicação. Quanto ao Burnout e à Empatia, a Empatia surge correlacionada significativa e positivamente com a realização pessoal e negativamente com a despersonalização. Para a relação entre Engagement e Empatia, não foi encontrada qualquer tipo de correlação significativa.

Tabela 1. Médias, Desvios-padrão, Alphas de Cronbach e Correlações de *Pearson* entre as variáveis.

Variáveis	M	DP	α	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Exaustão emocional	2,02	1,23	0,795						
2. Despersonalização	0,92	1,16	0,614	.446**					
3. Realização Pessoal	5,30	0,61	0,502	-.089	-.270*				
4. Vigor	5,39	0,64	0,517	-.135	-.094	.375**			
5. Dedicção	5,74	0,37	0,485	-.273**	-.203	.366**	.598**		
6. Absorção	5,37	0,64	0,470	-.065	-.078	.190	.574**	.547**	
7. Empatia Total	5,77	0,78	0,801	-.155	-.422**	.247**	.059	.184	0,97

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

No que se refere à variação das variáveis em estudo em função de variáveis sociodemográficas e profissionais (Tabelas 2, 3 e 4) é possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à análise comparativa em função do tipo de instituição em que o cuidador trabalha (Tabela 2), verifica-se a existência de diferenças significativas ao nível da variável exaustão, apresentando os cuidadores que trabalham em centro de dia ou lar valores mais elevados do que os cuidadores que trabalham em serviço de apoio domiciliário.

Tabela 2. Análise comparativa em função do tipo de instituição.

Variáveis	Grupo	N	Médias	Mann-Whitney U Test
Exaustão	Centro de dia ou Lar	39	2,27	
	Serviço de apoio domiciliário	39	1,75	.040*
Despersonalização	Centro de dia ou Lar	39	1,11	
	Serviço de apoio domiciliário	39	0,71	.178
Realização	Centro de dia ou Lar	39	5,29	
	Serviço de apoio domiciliário	39	5,30	.564
Vigor	Centro de dia ou Lar	39	5,34	
	Serviço de apoio domiciliário	39	5,43	.116
Dedicção	Centro de dia ou Lar	39	5,70	
	Serviço de apoio domiciliário	39	5,78	.078
Absorção	Centro de dia ou Lar	39	5,28	
	Serviço de apoio domiciliário	39	5,44	.132
Empatia	Centro de dia ou Lar	39	5,82	
	Serviço de apoio domiciliário	39	5,72	.493

* $p \leq 0.05$

Na análise comparativa em função das habilitações literárias (Tabela 3), verifica-se a existência de diferenças significativas ao nível da variável vigor e da variável dedicação, apresentando os cuidadores com níveis mais baixos de escolaridade (até ao 9º ano) valores mais elevados, comparativamente com os restantes níveis de habilitações literárias.

Tabela 3. Análise comparativa em função das habilitações literárias.

Variáveis	Grupo	N	Médias	Mann-Whitney U Test
Exaustão	Até 4º ano	10	1,94	,567
	Até 9º ano	46	2,14	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	1,80	
Despersonalização	Até 4º ano	10	1,49	,722
	Até 9º ano	46	,82	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	,84	
Realização	Até 4º ano	10	5,48	,440
	Até 9º ano	46	5,24	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	5,33	
Vigor	Até 4º ano	10	5,80	,007*
	Até 9º ano	46	5,23	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	5,53	
Dedicação	Até 4º ano	10	5,92	,036*
	Até 9º ano	46	5,65	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	5,85	
Absorção	Até 4º ano	10	5,63	,153
	Até 9º ano	46	5,31	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	5,40	
Empatia	Até 4º ano	10	5,75	,957
	Até 9º ano	46	5,77	
	Até 12º ano ou licenciatura	21	5,76	

* $p \leq 0.05$

No que se refere à existência de filhos (Tabela 4), constata-se a existência de diferenças significativas ao nível da variável dedicação, apresentando os cuidadores que não têm filhos valores mais elevados, comparativamente com os cuidadores que têm filhos.

Tabela 4. Análise comparativa em função da existência de filhos.

Variáveis	Grupo	N	Médias	Mann-Whitney U Test
Exaustão	Sim	66	1,96	,394
	Não	12	2,27	
Despersonalização	Sim	66	,91	,627
	Não	12	,89	
Realização	Sim	66	5,26	,235
	Não	12	5,52	
Vigor	Sim	66	5,34	,238
	Não	12	5,65	
Dedicação	Sim	66	5,71	,044*
	Não	12	5,91	
Absorção	Sim	66	5,31	,067
	Não	12	5,68	
Empatia	Sim	66	5,72	,109
	Não	12	6,01	

* $p \leq 0.05$

Foi efectuada uma Regressão múltipla usando o método *Enter* (Field, 2009) para testar o valor preditivo do Engagement e da Empatia no Burnout (Tabela 5). No primeiro bloco foram incluídas as dimensões do Engagement, enquanto no segundo bloco foi incluída a Empatia. Os resultados mostram que a Empatia e o Engagement são preditores significativos para as três dimensões do Burnout. No que se refere à exaustão e à despersonalização, é a Empatia que explica de forma mais significativa (11,2% e 18,2% respectivamente), já que o Engagement explica 8,5% e 4,3%, respectivamente. Quanto à realização, o Engagement explica 18% e a Empatia apenas 4,7%.

Tabela 5. Regressão Múltipla (método *Enter*) do Engagement e da Empatia como preditores das dimensões do Burnout.

Variável dependente	Preditor	R^2	R^2 change	F (p)
Exaustão	Engagement	,085	,085	2,090
	Empatia	,197	,112	(,014)
Despersonalização	Engagement	,043	,043	3,434
	Empatia	,225	,182	(,005)
Realização	Engagement	,180	,180	3,474
	Empatia	,227	,047	(,005)

Efectuou-se, também, uma análise de Regressão linear simples, pelo método *stepwise*, no sentido de verificar quais as dimensões do Engagement e da Empatia que explicam as dimensões do Burnout. A regressão revelou (Tabela 3) que, para a exaustão, apenas a pouca dedicação explica 7,5% e para a despersonalização a pouca Empatia explica 17,8%. No que diz respeito à realização, o vigor explica 14,1% e a Empatia explica 5,1%.

Tabela 6. Regressão linear simples (método *stepwise*) do Engagement e da Empatia como preditores das dimensões do Burnout.

Variável dependente	Preditor	R^2	R^2 change	β	F (p)
Exaustão	dedicação	,075	,075	-,273	6,130 (,016)
Despersonalização	empatia	,178	,178	-,422	16,430 (,000)
Realização	vigor	,141	,141	,362	8,897 (,000)
	empatia	,192	,051	,226	

4. DISCUSSÃO

Os cuidadores formais, alvo do presente estudo, não parecem encontrar-se em risco de Burnout e apresentam-se como cuidadores *engaged* e empáticos no contexto laboral. Tendo em consideração a caracterização da amostra, estes cuidadores são residentes e desempenham o seu papel laboral num meio pequeno e rural, um meio sobre o qual vários estudos afirmam a existência de uma maior percepção de suporte social recebido (Lopes, 2004; Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005), sobretudo quando comparado com o meio urbano, onde as redes sociais são mais frágeis e com menos suporte social (Fonseca, 2005). A estabilidade do contexto físico durante longos períodos de tempo e a estabilidade populacional (Sequeira & Silva, 2002), bem como a organização laboral característica da actividade agrícola, neste meio (Hespanha, 1990) proporcionam uma maior proximidade entre os residentes, o aumento da importância dada à família nuclear, a manutenção de laços afectivos e a existência de uma maior rede de suporte social, na qual se inclui a vizinhança (Hespanha, 1990; Sequeira & Silva, 2002). Sendo o suporte social um factor protector na vivência de Burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997; Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Pines, Ben-Ari, Utasi & Larson, 2002) e promotor da saúde física e mental (Ramos, 2002), pressupõe-se que os baixos níveis de Burnout apresentados pela amostra devem-se, em parte, à existência de uma boa rede de suporte social. Esta variável não foi investigada no presente estudo, pelo que seria importante, em estudos posteriores, tê-la em consideração, analisando a sua função preventiva do Burnout e introduzindo no presente questionários de autopreenchimento, como por exemplo o *Social Support Appraisals* (S.S.A., de Vaux et al., 1986, in Corcoran & Fischer, 2000), versão traduzida e adaptada por Martins (2008), por ser um instrumento que avalia as percepções subjectivas do apoio social por parte dos sujeitos.

A par do suporte social, existem outros factores mediadores na vivência de Burnout entre os quais, as características sociodemográficas e profissionais (Maslach et al., 2001) que podem explicar os níveis de Burnout e também os níveis de Engagement apresentados pela amostra. Constatou-se, assim, que os cuidadores que trabalham em lares e centros de dia apresentam valores mais altos de exaustão, comparativamente com os cuidadores que trabalham em serviço de apoio domiciliário. Estes resultados encontram justificação no tipo de tarefa desempenhada nestes diferentes tipos de instituição, ou seja, os cuidadores pertencentes ao serviço de apoio domiciliário apresentam valores mais baixos de exaustão visto que as suas tarefas laborais não pressupõem um conjunto de características predisponentes da exaustão e, conseqüentemente, do Burnout, designadamente, o trabalho

rotineiro (Grazziano & Ferraz Bianchi, 2010; Lousada, 2001), o contacto prolongado no tempo com o utente (Greenglass et al., 2001; Spooner-Lane & Patton, 2007) que é menor, e a sensação de responsabilização pelo idoso (Francos, 2005) que também é menor dada a existência de suporte familiar por parte do idoso, que também auxilia o cuidador na prestação de cuidados, reduzindo, assim, a sua sobrecarga de trabalho.

No que se refere às habilitações, os cuidadores com níveis mais baixos de escolaridade (“até ao 9º ano”) apresentam valores mais elevados de vigor e de dedicação, comparativamente com os cuidadores que possuem níveis de escolaridade superiores. Schaufeli e Bakker (2003) não encontraram diferenças quanto às habilitações e afirmam que são os profissionais com mais idade que apresentam maiores níveis de Engagement, em todas as suas dimensões. Pelo sistema de ensino português, os sujeitos com menor escolaridade são também os mais velhos em idade. Na amostra em estudo são também os cuidadores com mais idade que apresentam níveis mais baixos de escolaridade, o que justifica o resultado obtido. Quem também apresenta valores mais elevados de dedicação são os cuidadores que não têm filhos, comparativamente com aqueles que têm. Esta variação de acordo com a existência de filhos parece encontrar suporte no conflito trabalho-família (Noor, 2002; Parasuraman, Yasmin & Godshalk, 1996). Ou seja, quanto mais tempo o indivíduo se dedica ao trabalho, menos tempo terá para dedicar-se à família, havendo interferência do domínio profissional no domínio familiar, aumentando-se, desta forma, o conflito trabalho-família. Por outro lado, quanto mais tempo se dedicar à família, menos tempo terá para se dedicar ao trabalho, aumentando, neste caso, o conflito família-trabalho. Assim, a inexistência de filhos aumenta a disponibilidade dos cuidadores para dedicarem-se mais ao trabalho, visto não existir qualquer tipo de interferência para uma ou outra direcção.

Para além de conhecermos os níveis de Burnout, Engagement e Empatia, bem como suas relações, outro objectivo deste estudo foi verificar se o Engagement e a Empatia constituíam preditores do Burnout em cuidadores formais de idosos. Neste seguimento, verificou-se que o alto Engagement prediz 18% da realização pessoal, o que significa que a motivação para a tarefa parece prevenir a vivência de Burnout (Maslach & Leiter, 1997). A par disto, e coerentemente com o resultado supracitado, constata-se a existência de correlações negativas da dedicação e absorção com a exaustão emocional, bem como correlações estatisticamente e positivamente significativas de vigor e dedicação com a realização pessoal, confirmando a relação negativa existente entre os dois constructos (Schaufeli & Bakker, 2003). Já no que se refere à Empatia, constatou-se que a pouca

Empatia prediz 11% da exaustão e 18% da despersonalização, sendo estes dados coerentes com os estudos existentes no que respeita à relação entre Burnout e Empatia (Lee et al., 2003; Omdahl & O'Donnell 1999) em que se afirma a existência de uma relação negativa entre Burnout e Empatia, quando é tida em consideração a Empatia enquanto atributo predominantemente cognitivo (Kataoka et al., 2012; Wilczek-Rużyczka, 2011; Zenasni et al., 2012). Porém não é claro se é a Empatia que evita a vivência de Burnout (Kataoka et al., 2012) ou se é este que faz diminuir a Empatia (Larson & Yao, 2005), pelo que parece importante, investigar esta relação em estudos posteriores.

Apesar da consistência estatística dos principais resultados apresentados, salientam-se algumas limitações deste estudo, como a dimensão da amostra que pode ser pouco representativa da população de cuidadores formais de idosos, pelo reduzido número de participantes que a integraram. Note-se, ainda, que todos os participantes são do sexo feminino e pertencem a um meio (meio rural) com características particulares. Outra limitação diz respeito ao uso da *Jefferson Scale of Physician Empathy* (J.P.S.E.. Hojat et al., 2001; Rodrigues, 2008) na avaliação da Empatia, pois este instrumento avalia a Empatia enquanto atributo predominantemente cognitivo, pelo que seria mais rico e interessante compreender a relação entre Burnout e Empatia, tendo em consideração as duas dimensões da Empatia – a Empatia cognitiva e a Empatia emocional, adoptando-se uma visão integradora da Empatia (Lee & Brennan, 1999).

No que diz respeito a sugestões para a investigação futura desta temática, reconhece-se a importância de utilizar uma amostra maior e mais homogénea quanto ao género e ao meio em que os cuidadores residem/trabalham, com vista a obter resultados representativos da população de cuidadores formais de idosos. Sugere-se, ainda, o recurso, ao *Interpersonnel Reactivity Index* (I.R.I., de Yarnold, Bryant, Nightingale & Martin, 1996) e à *Escala Multidimensional de Reactividade Interpessoal* (E.M.R.I., de Koller, Camino & Ribeiro, 2001), ambos instrumentos traduzidos e adaptados por Santos (2012), no sentido de compreender se se verificam diferenças na relação da Empatia com o Burnout, em função dos diferentes tipos de Empatia – emocional ou cognitiva.

Com a realização deste estudo parece ter ficado demonstrada a existência de factores (Engagement e Empatia) não só preditivos como também protectores da síndrome de Burnout, uma síndrome que implica graves prejuízos em várias direcções, sobretudo, quando é a qualidade do acto de cuidar que está em risco. Apelando à premissa de que os cuidadores de idosos encontram-se em risco de Burnout (Cocco, 2010; Evers et al., 2001; Francos, 2005; Iordanou et al., 2009; Özçakar et al., 2012; Vicente & Oliveira, 2011;

Zamora & Sánchez, 2008) e constatando a escassez de estudos empíricos acerca do Burnout nesta população, bem como da sua predição, pelo Engagement e pela Empatia, considera-se que este estudo poderá contribuir para conhecer e compreender melhor estas realidades.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodríguez-Lara, F. & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatia médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28(5), 57-63.
- Aström, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P. & Winblad, B. (1991). Staff Burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28(1), 65-75.
- Aström, S., Nilsson, M., Norberg, A. & Winblad, B. (1990). Empathy, experience of Burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1236-1244.
- Bakker, A., Albrecht, S. & Leiter, M. (2011). Work engagement: further reflections on the state of play. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 74-88.
- Bakker, A. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223.
- Bakker, A., Gierveld, J. & Van Rijswijk, K. (2006). *Succesfactoren bij vrouwelijke schoolleiders in het primair onderwijs: Een onderzoek naar burnout, bevlogenheid en prestaties* [Success factors among female school principals in primary teaching: A study on burnout, work engagement, and performance]. Diemen, The Netherlands: Right Management Consultants (Abstract).
- Bakker, A., Schaufeli, W., Leiter, M. & Taris, T. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), 119-129.

- Batson, C., Batson, J., Todd, R., Brummett, B., Shaw, L. & Aldeguer, C. (1995). Empathy and the collective good: Caring for one of the others in a social dilemma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 619-631.
- Baxter, D. (1992). *Empathy: its role in nursing burnout*. Doctoral dissertation - research. Nashville: Vanderbilt University's Peabody College.
- Brazeau, C., Schroeder, R., Rovi, S. & Boyd, L. (2010). Relationships between medical student Burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine*, 85(10), 33-36.
- Bryman, A. & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Burks, D. & Kobus, A. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46, 317-325.
- Cabral, F. (2011). *Segurança e saúde do trabalho: manual de prevenção de riscos profissionais*. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.
- Cocco, E. (2010). How much is geriatric caregivers burnout caring-specific? Questions from a questionnaire survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 66-71.
- Cocco E., Gatti, M., Mendonça Lima C. & Camus V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 78-85.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A. Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 306-312.
- Corcoran, K. & Fischer, J. (2000). *Measures for Clinical Practice: a Sourcebook*. New York: The Free Press.
- Dickinson-Bannack, M., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M., Palomeque, R., González-Quintanilla, E. & Hernández-Vargas, I. (2007). Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 75-79.
- Ebling, M. & Carlotto, M. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34, 23-30.

- Evers, W., Tomic, W. & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Mental Health Nursing*, 22, 439-454.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24(2), 284-298.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fonseca, A. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 285-311). Lisboa: Climepsi.
- Francos, M. (2005). Factores generadores de estrés: Un caso concreto. *Informaciones Psiquiátricas*, 75-93.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) em profissionais de enfermária. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 19-33.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-173.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates Editora.
- González-Romá, V., Schaufeli, W., Bakker, A. & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165-174.
- Grazziano, S. & Ferraz Bianchi, R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18.
- Greenglass, E., Burke, R. & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and Burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Hakanen, J., Bakker, A. & Schaufeli, W. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *The Journal of School Psychology*, 43, 495-513.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-674.
- Halpern, J. (2007). Empathy and Patient-Physician Conflicts. *Society of General Internal Medicine*, 22, 696-700.

- Hespanha, P. (1990). *A propriedade multiforme: um estudo sociológico sobre a evolução recente dos sistemas fundiários em Portugal*. Tese de doutoramento em Sociologia Rural e Urbana. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T., Veloski, J., Erdmann, J., Callahan, C. & Magee, M. (2002). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36, 522-527.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Cohen, M., Gonnella, J., Erdmann, J., Veloski, J. & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 349-365.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Gonnella, J. & Magee, M. (2005). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *The Journal of Social Psychology*, 145(6), 663-672.
- Ifeagwazi, C. (2006). The Influence of marital status on self-report of symptoms of psychological burnout among nurses. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(4), 359-373.
- Iordanou, P., Koutavas, S., Koulirakis, G., Babatsikou, F., Kroustalli, E. & Tarpatzi, K. (2009). Syndrome of professional burn out in home service for elderly. *Health Science Journal*, 3(4), 232-241.
- Kahn, W. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724.
- Kahn, R. L., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 3 (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kataoka, H., Koide, N., Hojat, M. & Gonnella, J. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *BMC Medical Education*, 12(48).
- Kızılcı, S., Erdoğan, V. & Sözen, E. (2012). The Influence of selected Personality and workplace features on burnout among nurse academics. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 11(4), 307-314.
- Koehl-Hackert, N., Schultz, J., Nikendei, C., Möltner, A., Gedrose, B., van den Bussche, H. & Jünger, J. (2012). Burdened into the job – final-year students' empathy and burnout. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(2), 116-124.

- Koller, S., Camino, C. & Ribeiro, J. (2001). Adaptação e Validação Interna de Duas Escalas de Empatia para uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 18(3), 43-53.
- La Monica E. (1981). Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4, 389-400.
- Larson, E. & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y., Lee, G. & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting Burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534-545.
- Lisbona, A., Francisco, M. & Francisco, J. (2009). El engagement como resultado de la socialización organizacional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 89-100.
- Lopes, P. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um estudo comparativo e correlacional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lousada, J. (2001). Clima organizacional - apoio social entre os professores. *O Professor*, 3(74), 17-28.
- Luthans, F., Youssef, C. & Avolio, B. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: Oxford University Press.
- Mandel, E. & Schweinle, W. (2012). A study of empathy decline in physician assistant students at completion of first didactic year. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(4), 16-24.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o Pasw Statistics (ex- SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques Pinto, A. & Chambel, M. (2008). Abordagens teóricas no estudo do Burnout e do engagement. In A. M. Pinto & M. J. Chambel (Eds.), *Burnout e engagement em contexto organizacional: estudos com amostras portuguesas* (pp. 53-83). Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques Pinto, A. & Chambel, M. (2008). Delimitação do Conceito de Burnout. In A. M. Pinto & M. J. Chambel (Eds.), *Burnout e engagement em contexto organizacional: estudos com amostras portuguesas* (pp. 15-52). Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques Pinto, A. & Picado, L. (2011). *Adaptação e Bem-Estar nas Escolas Portuguesas: Dos Alunos aos Professores*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Martins, J. (2008). *Burnout na Profissão Docente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.

- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual, Vol.5* (pp. 133-163). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Jackson, S & Leiter, M. (1996). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Moreno-Jiménez, B. & Puente, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud – Fundamentos, metodología y Aplicaciones* (pp. 739-757). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Morse, J., Anderson, G., Botter, J., Yonge, O., Obrien, B. & Solberg, S. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24, 273-280.
- Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 75-90.
- Munro, D., Bore, M. & Powis, D. (2005). Personality factors in professional ethical behaviour: Studies of empathy and narcissism. *Australian Journal of Psychology*, 57(1), 49-60.
- Nascimento, L., Moraes, E., Silva, J., Veloso, L. & Vale A. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514-517.
- Nightingale, S., Yarnold, P. & Greenberg, M. (1991). Sympathy, Empathy, and Physician Resource Utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420-423.
- Noor, N. (2002). Work-family conflict, locus of control, and women's well-being: tests of alternative pathways. *The Journal of Social Psychology*, 142(5), 645-662.
- Ogle, J., Bushnell, J. & Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47, 824-831.

- Omdahl, B. & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1351-1359.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N. & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266-272.
- Parasuraman, S., Purohit, Y., Godshalk, M. & Beutell, N. (1996). Work and family variables, entrepreneurial career success, and psychological well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 48(3), 275-300.
- Passalacqua, A. & Segrin, S. (2012). The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Communication*, 27, 449-456.
- Patrick, K. & Lavery, J. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pines, A. & Aronson, E. (1989). *Career Burnout, causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A., Ben-Ari, A., Utasi, A. & Larson, D. (2002). A cross-cultural investigation of social support and burnout. *European Psychologist*, 7(4), 256-264.
- Rafnsdottir, G., Gunnarsdottir, H. & Tomasson, K. (2004). Work organization, well-being and health in geriatric care. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 22(1), 49-55.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7(4), 156-175.
- Reynolds, W. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A. & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870-875.
- Ritter, R., Stumm, E. & Kircher, R. (2009). Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 236-248.

- Rodrigues, S. (2008). *Empatia, resiliência e percepção de stress em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Rogers, C. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 1-10.
- Salanova, M. & Schaufeli, W. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behavior. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(1), 116-131.
- Santos, C. (2012). *Burnout e Empatia em Advogados em Prática Individual: Diferenças de Género*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça. Porto: F.P.C.E.U.P.
- Schaufeli, W. & Bakker A. (2003). *UWES: utrecht, work engagement scale preliminary manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Schaufeli, W. & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with Burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. & Buunk, B. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M., Schabracq, J., Winnubst & C., Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. & Salanova, M. (2007). Work engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. In S., Gilliland, D., Steiner & D., Skarlicki (Eds.), *Managing Social and Ethical Issues in Organizations, Vol. 5* (pp. 135-177). Research in Social Issues in Management.
- Schaufeli, W. & Salanova, M. (2011). Work engagement: on how to better catch a slippery concept. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(1), 39-46.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A. (2002). The measurement of engagement and Burnout: two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Shapiro, J. (2002). How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic Medicine*, 77(4), 323-328

- Sousa, I., Mendonça, H. & Zanini, D. (2009). Burnout em professores universitários. *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1), 1-8.
- Spooner-Lane, R. & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 8-16.
- Takaki, M. & Sant'Ana, D. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83.
- Thomas, M., Dyrbye, L., Huntington, J., Lawson, K., Novotny, P., Sloan, J. & Shanafelt, T. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Society of General Internal Medicine*, 22, 177-183.
- Truzzi, A., Souza, W., Bucasio, E., Berger, W., Figueira, I., Engelhardt, E. & Laks, J. (2008). Burnout in a sample of Alzheimer's disease caregivers in Brazil. *The European Journal of Psychiatry*, 22(3), 151-160.
- Vicente, C. & Oliveira, R. (2011). A prevalência da síndrome de Burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crônicos. In M. J. Velez, F. Leal & P. Abêbora (Eds.), *II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia - Livro de Actas* (pp. 203-214). Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2011). Empathy vs. professional Burnout in health care professionals. *Journal of US-China Medical Science*, 8(9), 526-532.
- Williams, C. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing & Health*, 12(3), 169-178.
- Xie, Z., Wang, A. & Chen, B. (2011). Nurse Burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1537-1546.
- Yarnold, P., Bryant, F., Nightingale, S. & Martin, G. (1996). Assessing physician empathy using the Interpersonal reactivity Index: a measurement model and crosssectional analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 1(2), 207-221.
- Zamora, Z. & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. & Sultan, S. (2012). Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *The British Journal of General Practice*, 62(600), 346-347.